

WSTĘPNA ANKIETA EPIDEMIOLOGICZNA

DATA

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA

PESEL

Numer telefonu do kontaktu

E-mail

1) Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i) w rejonach transmisji koronawirusa?

Tak

Nie

2) Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2?

Tak

Nie

3) Czy występują u Pana(i) objawy?

- | | | | |
|-----------------------|--|-----|-----|
| <input type="radio"/> | Gorączka powyżej 38st. C | TAK | NIE |
| <input type="radio"/> | Kaszel | TAK | NIE |
| <input type="radio"/> | Uczucie duszności - trudności w nabraniu powietrza | TAK | NIE |
| <input type="radio"/> | Temperatura pomiędzy 37 a 38 st. C | TAK | NIE |
| <input type="radio"/> | Ból gardła | TAK | NIE |
-
-

Podpis